

La ramisection dorsale
dans le traitement
des crises gastriques du tabes
(A propos de trois observations)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Attale BOEL

Ancien Externe des Hôpitaux

Né le 10 Avril 1903 à St-GERMAIN-LAVAL (Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

**La Ramisection Dorsale dans le Traitement
des Crises Gastriques du Tabes**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

La ramisection dorsale
dans le traitement
des crises gastriques du tabes
(A propos de trois observations)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Attale BOEL

Ancien Externe des Hôpitaux

Né le 10 Avril 1903 à St-GERMAIN-LAVAL (Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY.
	LEUJIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Leon,
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.



M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SAVY, président ; THEVENOT Lucien, assesseur ;
MARTIN Joseph et WERTHEIMER, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTHIER

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph de Marseille.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse et qui a bien voulu m'ouvrir son service pour en puiser le sujet.

A MONSIEUR LE DOCTEUR WERTHEIMER

Professeur agrégé à la Faculté,

Avec toute ma reconnaissance pour l'aide précieuse qu'il a bien voulu m'apporter dans la préparation de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALIARD

Médecin des Hôpitaux

Qui a guidé mes premiers pas dans les Hôpitaux et avec tant de bienveillante amitié m'a aidé à poser les premiers fondements de mes études médicales. C'est encore grâce à lui que j'ai pu obtenir le sujet de cette thèse. Je le prie de bien vouloir accueillir l'hommage de ma sincère reconnaissance.

A MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

La Ramisection Dorsale dans le Traitement des Crises Gastriques du Tabes

Rappel anatomique

Introduction

En présence d'un malade atteint d'une crise gastrique tabétique, le médecin songe d'abord à instituer un traitement spécifique, si cela n'est pas déjà fait. Dans la plupart des cas d'ailleurs, à la longue, et quelques injections de morphine aidant, les crises s'espacent et disparaissent. Cependant, les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Il arrive, et ce n'est pas rare, que le traitement médical exacerbe les crises, ou même les fasse apparaître chez un tabétique qui n'en avait jamais présenté auparavant. Ces cas graves posent un problème embarrassant pour le médecin qui redoute de faire de son malade un morphinomane, le tabétique le devient presque inévitablement lorsque le traitement spécifique a échoué.

C'est dans de tels cas que le praticien peut poser les indications d'une intervention chirurgicale.

La chirurgie de la douleur a fait, dans ces dernières années, des progrès très considérables, à l'instigation de l'école allemande et aussi de l'école lyonnaise.

Dans le cas qui nous occupe particulièrement. un grand nombre d'interventions ont été proposées, les unes basées sur des données pathogéniques différentes, les autres faisant porter la section nerveuse en des points différents, les uns comportant de gros risques opératoires, les autres enfin, entraînant après elles des suites bénignes.

De ces interventions, la dernière en date est la ramisection dorsale. Trop récente encore pour avoir des résultats éloignés, on peut dire d'ores et déjà qu'elle comporte un certain nombre de succès et que, dans tous les cas, sa bénignité doit la faire préférer à beaucoup d'autres interventions visant le même objectif.

Nous avons pu recueillir trois nouvelles observations de crises gastriques tabétiques traitées par la ramisection dorsale, grâce à l'obligeance de Monsieur le Professeur Savy et de Monsieur le Docteur Wertheimer ; nous les en remercions bien vivement.

Rappel anatomique

Avant d'entreprendre l'étude de la ramisection, il est intéressant de connaître, dans leurs grandes lignes, les voies anatomiques vectrices de la sensibilité gastrique.

D'après les travaux de ces dernières années, le sympathique est le principal vecteur de cette sensibilité. Il est aidé dans cette tâche par le pneumogastrique et le phrénique, ce dernier nerf n'y contribuant que peu.

Partis de l'estomac le long des troncs vasculaires, les fins rameaux sympathiques se réunissent dans le ganglion semi-lunaire et le plexus solaire, puis atteignent le grand splanchnique. Ce nerf totalise les fibres sympathiques de l'estomac.

Il remonte le thorax, jetant ses fibres constituantes dans les rami-communicantes allant au 9°, 8°, 7°, 6°, et 5° paires dorsales.

D'après Mandl, les fibres venues du pylore et du duodénum iraient à D6 et D7 ou D6 et D8 à droite.

Celles de la petite courbure vont à D6 et D7 à droite ou des deux côtés.

Enfin, celles de l'estomac vont à D6, à D8 des deux côtés.

D'après Lawen et Muller la voie sensitive sympathique gastrique passe surtout par les rami-droits. Au cardia correspondent D6 et D7. Au pylore correspondent D7 et D8. A l'estomac les trois racines.

Les branches du pneumogastrique qui innervent l'estomac rejoignent le tronc principal par deux branches : le nerf principal antérieur de la petite courbure et le nerf principal postérieur de la petite courbure (Latarjet). Les fibres venues de l'estomac empruntant la voie du vague atteindraient la moelle d'après Haed par la deuxième paire cervicale.

D'après Foerster, les racines postérieures ne seraient pas les seules à conduire la sensibilité ; les racines antérieures y contribueraient. Il se base sur ce fait que la sensibilité à la douleur persiste encore après la section des racines postérieures.

Arrivées à la moelle, les fibres nerveuses conduisant la sensibilité douloureuse se réunissent au cordon antérieur. Ici les fibres seraient disposées en lamelles, les plus externes correspondant aux parties les plus inférieures du corps. Pour arrêter à ce niveau les cours de la sensibilité douloureuse, la section bilatérale du cordon antérieur est nécessaire. C'est l'intervention qui a été tentée par Sicard et Souttar dans les crises gastriques du tabés. Ces auteurs ont obtenu des résultats encourageants.

Ces fibres nerveuses sensibles continuant leur trajet traversent le bulbe, le thalamus et vont enfin se

terminer pour la plupart dans la circonvolution pariétale ascendante et supérieure.

En résumé, les fibres nerveuses sensibles de l'estomac parties de cet organe suivent deux voies principales : le sympathique et le pneumogastrique.

Le trajet des fibres sympathiques est surtout intéressant à connaître, car c'est elles surtout que l'on a sectionnées pour tenter d'enrayer les crises gastriques tabétiques.

Les relais principaux de ces fibres sont le plexus solaire, les splanchniques, les rameaux communicants, le ganglion spinal, enfin les racines postérieures et la moelle.

Historique

Après cette très rapide esquisse de l'innervation sensitive de l'estomac, il est aisé d'entrevoir la série des interventions tentées avant la ramisection, pour obtenir le même résultat : la sédation de la douleur dans les crises gastriques du tabés.

Si nous mettons à part la divulsion digitale du pylore qui, suivie de gastroentérostomie, fut faite deux fois en 1898 par Dubar, de Lille, avec de bons résultats, nous considérerons, d'une part, les interventions dirigées sur le pneumogastrique, d'autre part celles dirigées sur le sympathique.

I°. — *Intervention dirigées sur le pneumogastrique :*

Ce sont les moins nombreuses.

Kuttner sectionne la racine sensitive du pneumogastrique entre le sillon latéral du bulbe et le ganglion jugulaire.

Cette intervention n'a pas eu de sanction pratique.

L'opération d'Exner est une double vagotomie sous-diaphragmatique péricardiaque associée à une gastrotomie transpylorique par le procédé de Witzel. Exner a fait deux fois cette intervention ; la première fois, il

eut un succès qui se maintenait quatre mois après, la seconde fois, il eut un échec dû à l'incontinence de la gastrostomie. Enfin, Kuttner employa une fois le procédé chez un malade où la radicotomie postérieure avait échoué : l'état du malade fut aggravé.

Plus tard, Exner substitue avec Schwarzmann à la gastrostomie une gastro-entéro-anastomose qui n'apporte aucun fait nouveau. Cependant, on ne signale pas d'accidents vitaux.

2°. — *L'énervation gastrique :*

On doit garder une place à part pour l'énervation gastrique de Monsieur le Professeur Latarjet, utilisée par Monsieur le Docteur Cotte et décrite dans la thèse de Monsieur le Docteur Wertheimer.

Dans cette intervention, les fibres du pneumogastrique et celles du sympathique sont sectionnées à la fois.

Six observations ont été publiées de crises gastriques tabétiques traitées par cette intervention.

Les résultats sont variables : il y a une guérison immédiate complète maintenue six mois après, un échec complet, les autres cas sont des améliorations très notables.

Tout récemment, Monsieur le Docteur Cotte vient de publier le résultat éloigné d'une énervation gastrique faite en 1920 pour crises tabétiques chez un malade de 63 ans. Le malade, qui fut immédiatement soulagé, n'a pas, depuis 9 ans, présenté de nouvelle crise.

En somme de ces trois interventions, la dernière

est nettement la meilleure, sans qu'on puisse cependant être sûr de la constance de ses effets.

3°. — *Interventions dirigées sur le sympathique :*

Les interventions qui visent le sympathique sont beaucoup plus nombreuses et plus variées.

Nous distinguons les interventions périphériques et les centrales.

Interventions périphériques :

Parmi les interventions périphériques, la première en date est l'élongation du plexus solaire préconisée par Jaboulay et faite par Vallas en 1906. Cet auteur fait la résection de la gaine périartérielle sur le tronc coeliaque. Cette méthode n'a donné que des accalmies passagères.

Dans le même ordre d'idées, Gomoïou, de Bucarest, fait en 1914, l'extirpation du ganglion semi-lunaire sans beaucoup de succès. Et Delbet et Mocquot font l'isolement du plexus solaire par la section des plexus entourant les trois artères du tronc cœliaque.

Au niveau des splanchniques, les chirurgiens ont tenté également d'atteindre le sympathique. Jean, de Toulon, a décrit la technique de la splanchnicotomie transpleurale, et Foerster la splanchnicotomie pré-vertébro-extrapleurale.

Plus intéressante est l'intervention de Francke. Cet auteur fait l'arrachement du ganglion spinal par traction sur le nerf intercostal découvert à son émergence du trou de conjugaison.

Cette intervention, facile, a donné des résultats à Francke, Kelling, Mouriquand et Cotte.

Mais agissant sur des nerfs mixtes, elle entraîne une paralysie de la paroi abdominale et elle est moins précise que la radicotomie de Foerster.

Interventions centrales :

Avec cette intervention nous arrivons aux opérations centrales. La radicotomie postérieure consiste en la section intradurale des racines postérieures de 7°, 8°, 9° et 10 paires dorsales.

La gravité de l'ouverture de la dure mère a fait modifier légèrement le procédé par certains auteurs : Guleke fait la libération intrarachidienne mais extradurale des racines, et section de la postérieure seulement.

Sicard et Demarets lient les deux racines sur la dure mère, sectionnent les racines, puis, par tractions, arrachent racines et ganglion.

Ils sacrifient la racine antérieure.

Enfin Jean et Laurès séparent les deux racines et sectionnent les racines postérieures sans ouvrir la dure-mère.

Quelles que soient les modalités techniques, le principe est le même, et le traumatisme est toujours important par suite de l'ouverture du canal rachidien, plus important, naturellement, lorsque la section est intradurale.

En 1912, Leriche donnait comme pourcentage de mortalité dans l'opération de Foerster, 13 %. Actuellement, cette mortalité serait certainement beaucoup moindre.

N'était sa gravité, l'opération de Foerster serait

une bonne opération, car elle a donné des résultats : Sur onze observations publiées en 1911 par Leriche et Cotte, on note sept succès.

Le risque opératoire mis à part, l'opération de Foërster comporte en outre cet inconvénient qu'elle détermine une zone d'anesthésie étendue et définitive, ainsi que des troubles trophiques (éventration).

Pour essayer de supprimer les insuccès, Foërster a tenté la radicotomie totale qui ne s'est pas montrée supérieure.

Enfin, nous signalerons la cordotomie antérieure faite par Foërster, Scheller et Sicard et Souttar dont la gravité opératoire est encore plus grande et dont le dosage est difficile à réaliser.

La ramisection dorsale

La ramisection dorsale est la dernière venue des interventions dirigées contre les crises gastriques tabétiques. On n'en compte que 13 observations, y compris les trois que nous rapportons ici.

La ramisection a été pratiquée pour la première fois par Von Gaza, mais déjà en 1911, Koenig avait eu l'idée de traiter un malade atteint de crises gastriques tabétiques par des injections de novocaïne adrénalinée dans la région d'émergence des nerfs dorsaux.

Il injectait 100 centimètres cubes d'une solution à 0,5 % entre les 6^e et 10^e vertèbres dorsales et obtenait un effet immédiat.

Quatre jours après, nouvelle crise, nouvelle injection.

L'espace entre les crises était de moins en moins long.

Le procédé a été repris en 1924 par Von Gaza qui a fait suivre l'anesthésie paravertébrale de la section des rami-communicantes tout près de leur terminaison.

Von Gaza a fait trois fois la ramisection dorsale, deux fois pour des crises gastriques tabétiques : résection des rami de D6, D7, D8, D9 à droite.

Après lui, Mandl a publié six observations de ramisection dorsale pour crises gastriques tabétiques, deux fois à droite et quatre fois des deux côtés.

Enfin, Verbrugge et Van Bogaert d'Anvers en ont rapporté deux nouvelles dans le *Lyon Chirurgical* de l'année 1927.

La première de ces deux observations est celle d'un malade de 35 ans, ayant présenté des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et des crises douloureuses dans l'hypochondre droit.

En 1925, le malade se plaint de crises gastriques très douloureuses pendant lesquelles il ne tolère pas la moindre nourriture. Il a des nausées incessantes et des vomissements qui ramènent avec beaucoup d'efforts un peu de liquide bilieux.

Un essai de traitement spécifique échoue.

Le malade maigrissant et perdant ses forces, on envisage une intervention chirurgicale.

D'abord, anesthésie paravertébrale au niveau de D7, D8, D9, D10, D11, suivie d'une disparition complète des crises pendant 5 jours.

Le cinquième jour, les crises réapparaissent, nouvelle anesthésie, la période de bien-être ne dure que huit heures.

Quinze jours après, intervention : section des nerfs rachidiens, y compris les rameaux communicants de D8, D9, D10 à gauche. Après une accalmie de deux

jours, les troubles reprennent aussi violents qu'au paravant.

Dans un second temps, section des nerfs intercostaux et des rami au niveau de D7, D8, D9, D10 à droite.

Les douleurs cessent instantanément, mais le malade meurt trois semaines après l'intervention, sans présenter d'autres signes que de l'asthénie générale.

La seconde observation est celle d'un homme de 46 ans, qui présente depuis une dizaine d'années des crises gastro-vésiculaires ayant conduit à une exploration de la vésicule. Celle-ci fut, d'ailleurs, négative.

En 1925, on commence pour lui un traitement spécifique qu'on est obligé d'interrompre le 23 mars 1926, à la suite d'accidents graves.

Le malade présente alors des vomissements rebelles à tous les traitements, des douleurs assez intenses en ceinture à type radiculaire surtout marquées dans l'hypocondre droit. L'état général est très altéré.

L'intervention a lieu le 28 avril 1926 : section des nerfs intercostaux et des rameaux de D7, D8, D9, D10, D11. Le soulagement est instantané et la guérison complète pendant trois mois. A ce moment, nouvelles crises calmées par une injection de novocaïne au niveau de D5 et D6.

La guérison durait encore 6 mois après, l'intervention.

Nous devons les trois observations qui suivent à l'extrême obligeance de Monsieur le Professeur Savy et de Monsieur le Docteur Wertheimer.

La première des trois a fait l'objet d'une communication de Monsieur le Professeur Savy et de Monsieur le Docteur Thiers qui a paru l'an dernier dans le journal de Médecine de Lyon.

Les deux autres que nous devons plus particulièrement à Monsieur le Docteur Wertheimer sont encore inédites.

— — —

Observations

OBSERVATION I. — S..., 51 ans :

Une grossesse normale à l'âge de 19 ans ; une fausse-couche à 25 ans ; ménopause à 45 ans. On ne décèle pas dans ses antécédents la notion de spécificité. En avril 1926, apparaît la première crise : douleurs abdominales atroces accompagnées de vomissements et de troubles nerveux. L'usage de la morphine est nécessaire. Dès lors, les crises deviennent fréquentes (12 jusqu'à la fin de l'année). En raison du siège épigastrique des douleurs, d'irradiations dorsales et scapulaires droites, des vomissements, on pense à une cholecystite lithiasique.

Une intervention est décidée dont les constatations sont négatives.

Les crises persistant, la malade vient à l'Hôtel-Dieu, où elle est hospitalisée dans le service de M. le Professeur Savy.

L'examen révèle l'intégrité absolue du foie et de l'estomac, mais, par contre, met en évidence des signes discrets de tabès : inégalité pupillaire avec signe d'Argyll Robertson ; diminution d'amplitude des réflexes rotulien et achilléen du côté gauche ; douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; B. W. très positif. Dans le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire : 0,30 d'albumine ; sucre normal ; cytologie normale ; B. W. négatif. La tension artérielle est de 21/14 sans albuminurie ni rétention uréique. La malade souffre en outre de céphalées.

On institue un traitement spécifique intensif (néosal-

varsan et cyanure de mercure). Les céphalées se font moins violentes, mais les crises gastriques sont plus fréquentes et plus intenses.

La malade revient à l'Hôpital ; à la suite d'une nouvelle injection de cyanure, elle est prise d'une crise très violente qui ne cède pas à la morphine : trois centigrammes de ce médicament lui procurent environ une heure de répit.

A ce moment, le Docteur Thiers, interne de M. le Professeur Savy, sur le conseil du Docteur Wertheimer, fait une série d'injections paravertébrales d'une solution anesthésique au niveau de D5, D6, D7. Le résultat est remarquable.

La malade est entièrement soulagée pendant près de 36 heures.

Cette thérapeutique est renouvelée et on peut se rendre compte que la sédation des crises est électivement provoquée par l'anesthésie de D7. L'injection à son niveau de 20 centimètres cubes d'une solution de scurocaïne à 1 % soulage la malade et lui procure une nuit entière de sommeil.

Cette injection est répétée à 8 reprises, mais les deux dernières fois le soulagement obtenu est de moindre durée ; il est vrai que la réalisation technique de l'injection est de plus en plus difficile en raison sans doute d'une infiltration profonde.

Après huit jours d'interruption, on fait à la malade, sur sa demande formelle, deux nouvelles injections, dont les effets sont aussi remarquables que lors des premières tentatives.

Dans ces conditions, on propose une intervention qui est acceptée.

Le 5 avril 1928, sous anesthésie locale et régionale, M. le Docteur Wertheimer fait une incision paravertébrale droite correspondant aux 8^e, 9^e et 10^e vertèbres dorsales. Les apophyses transverses correspondantes sont découvertes et libérées, puis reséquées.

Successivement, les trois espaces intercostaux correspondants sont incisés et, dans chacun d'eux, le nerf intercostal est recherché.

Par son intermédiaire, on peut sans difficulté sectionner les rameaux communicants correspondants.

Les suites furent très simples : la malade n'a pas souffert et il ne fut même pas nécessaire de recourir à la morphine.

La malade passe de nouveau dans le service de M. le Professeur Savy, où on commence une nouvelle série de néo. Elle ne détermine aucune récurrence des crises.

La malade, engraisée, méconnaissable, rentre chez elle. Les signes du tabès restent les mêmes que ceux constatés à son entrée.

En mars 1929, presque un an par conséquent après l'intervention, la malade nous apprend que les crises ont refait leur apparition. Cependant, elle se trouve nettement améliorée, les crises sont plus rares, une tous les trois mois, durant 3 ou 4 jours, alors qu'en 1926 les crises étaient espacées d'une quinzaine de jours. D'autre part, depuis l'intervention, la malade a retrouvé et conservé l'appétit qu'elle avait perdu auparavant.

En somme, l'intervention a été suivie d'une période de guérison complète. Depuis, les crises ont refait leur apparition, mais moins fréquentes, elles sont toujours calmées par une injection de morphine. L'appétit est conservé ; on peut conclure à une amélioration très notable.

OBSERVATION II. — M... Antoine, 53 ans.

A eu la syphilis en 1894. En 1905, pour la première fois, apparaissent des douleurs épigastriques à manifestation surtout nocturnes. Les crises vont en s'accroissant et en se répétant. En 1923 et de nouveau en 1925, le malade est soumis à un traitement spécifique sans grand résultat.

En 1928, le malade consulte M. le Docteur Santy ; les crises sont très violentes, elles s'accompagnent de vomissements alimentaires et bilieux. L'examen radioscopique du tube digestif est négatif. M. le Docteur Santy porte le diagnostic de crises gastriques tabétiques et ce diagnostic est confirmé par M. le Docteur Gaté.

Le 23 mai 1928, M. le Docteur Wertheimer, aidé par

M. le Docteur Santy, pratique une résection dorsale portant sur les 7^e, 8^e, 9^e et 10^e rameaux communicants du côté droit.

Les suites furent simples.

Les crises ne se sont plus reproduites. Au mois d'août, le malade s'est plaint de quelques troubles digestifs passagers.

Depuis lors, il a eu une fièvre typhoïde dont il s'est bien rétabli.

Il est revu en février 1929 : il n'a pas eu de douleurs épigastriques, n'a plu vomi, mais se plaint de dyspnée d'effort et d'une sensation de gêne dans d'hémithorax droit.

OBSERVATION III. — K... André, 30 ans.

Pas de syphilis avouée. En 1926 apparaissent des douleurs abdominales violentes accompagnées de vomissements.

Une laparotomie est faite à l'Hôtel-Dieu sur le diagnostic de « ulcère du duodénum ». Les constatations de cette laparotomie ayant été négatives, on fait une énervation gastrique. Le malade est soulagé pendant quelques jours.

Le 14 septembre 1928, il est à nouveau hospitalisé dans le service de M. le Professeur Cade, pour des douleurs abdominales extrêmement violentes. On constate qu'il existe de l'inégalité pupillaire avec signe d'Argyll Robertson. Les réflexes achilléens sont abolis ; les réflexes rotuliens conservés. Il n'existe aucun symptôme d'ataxie. On note de la parésie des muscles de l'éminence thénar et des fléchisseurs de l'avant-bras avec atrophie. B. W. très positif.

L'intensité des phénomènes douloureux oblige le malade à recourir à des doses quotidiennes et importantes de morphine.

Le 3 octobre 1928, sous anesthésie locale et régionale, M. le Docteur Wertheimer sectionne les rameaux communicants dorsaux correspondants à D8, D9, D10, du côté droit.

Pendant 48 heures, le malade ne souffre pas. On est obligé cependant de continuer l'usage quotidien de la morphine pendant les premiers jours.

Le malade sort au huitième jour. Il revient deux semaines plus tard déclarant souffrir à nouveau dans les mêmes conditions qu'avant l'intervention.

Le 30 octobre 1928, sous anesthésie générale qui est imposée par l'agitation du malade, M. le Docteur Wertheimer découvre et sectionne les rameaux communicants correspondant à D7, D8 et D9 du côté gauche.

Le résultat de cette seconde intervention ne fut pas supérieur à celui de la première. Le malade reste un morphinomane et déclare n'être pas sensiblement soulagé.

Il a été revu depuis lors. Des tentatives de désintoxication qui ont été faites ne paraissent pas avoir abouti à un résultat appréciable.

Parmi ces trois observations, on compte un échec complet (observation III). Il s'agissait surtout d'un grand morphinomane pour qui toutes les tentatives de désintoxication ont échoué.

Au contraire, l'observation II relate un succès pour ainsi dire complet, puisque, le malade, revu 9 mois après l'intervention, ne se plaint que d'une dyspnée d'effort et d'une sensation de gêne dans l'hémithorax droit. Il n'a plus ressenti de douleurs épigastriques.

Enfin, à propos de l'observation I, nous poserons les indications de la ramisection.

En effet, pour Foerster, la crise gastrique justiciable de la ramisection est celle qui s'accompagne de douleurs à type de colique, d'une augmentation des réflexes cutanés abdominaux, de vomissements avec hypersécrétion, d'une hyperesthésie cutanée abdomi-

nale, dorsale et thoracique inférieure. Pour Pal (qui a inspiré les opérations de Mandl) il faut opérer la véritable crise sécréto-motrice avec contraction gastrique, vomissement et douleur, respecter au contraire la crise vasculaire abdominale avec hypertension artérielle et l'équivalent abdominal de la douleur fulgurante des membres inférieurs.

Or, dans le cas de l'observation I, la malade avait présenté indubitablement une crise vasculaire avec hypertension et elle fut soulagée par l'anesthésie paravertébrale et très nettement améliorée par la ramisection.

De cela que faut-il conclure ?

On peut conclure avec Messieurs Savy et Thiers qu'on peut essayer l'anesthésie paravertébrale qui soulagera le malade dans bien des cas et permettra d'établir une base à la ramisection.

Il est logique d'admettre que la ramisection doit s'adresser surtout aux crises d'origine sympathique. Cependant, les distinctions pathogéniques sont souvent si difficiles à faire et les symptômes sont parfois si intriqués, qu'il paraît regrettable de risquer de perdre le bénéfice d'une intervention souvent efficace et toujours bénigne en se basant sur des contre-indications de nature purement pathogénique.

Technique

Etant donné l'importance de l'anesthésie paravertébrale qui peut d'ailleurs, à elle seule, constituer un traitement d'urgence de la crise gastrique tabétique, nous décrirons d'abord la technique de cette anesthésie, puis celle de l'intervention elle-même.

Technique de l'anesthésie :

Le but de la méthode est de porter la solution anesthésiante au niveau du trou de conjugaison. Là, le ramus communiquant venu par un trajet antéro-postérieur du ganglion sympathique, plaqué contre la colonne, se jette dans le tronc nerveux commun, né de la fusion des deux racines rachidiennes, qui se bifurque quelques millimètres en dehors, en un nerf intercostal et un nerf pour la masse commune. Les vaisseaux intercostaux sont ici à mi-hauteur de l'espace intercostal. La plèvre pariétale plaquée contre le plan osseux costovertébral, ces divers éléments qui transparaissent sous elle, après éviscération thoracique. L'aorte, l'œsophage, les veines caves sont situées sur un plan si antérieur qu'on peut les considérer comme inaccessibles.

Avec ces brèves notions anatomiques (et même sans elles) la technique est extrêmement simple : pour le but qui nous occupe, on doit insensibiliser trois rami correspondant à D6, D7, D8 du côté droit. On fait asseoir le malade la tête un peu penchée en avant, les bras tombant le long du corps (et non pas croisés sur la poitrine). Dans ces conditions, l'horizontale passant par l'angle inférieur de l'omoplate coupe la colonne au niveau de l'espace qui sépare l'apophyse épineuse de D7 et celle de D8 ; c'est à ce niveau qu'on fera la première piqûre, la deuxième et la troisième s'étageront au-dessus.

On enfonce l'aiguille à anesthésie locale (ou un trocart très fin pour ponction lombaire) horizontalement et perpendiculairement à la surface cutanée, à trois bons travers de doigt en dehors de la ligne médiane. Presque aussitôt l'aiguille poussée lentement reconnaît le bord inférieur de la côte sus-jacente à l'espace intéressé (c'est-à-dire par exemple : la 7^e et la 8^e côtes).

On incline alors l'aiguille de 45° au dehors, tout en restant sur un plan horizontal, on l'enfonce en lui gardant la même orientation, à une profondeur d'environ 7 centimètres. On heurte le corps vertébral immédiatement en avant du trou de conjugaison.

On adapte la seringue chargée de la solution anesthésiante, on aspire de façon à bien s'assurer que la pointe de l'aiguille n'est pas dans un vaisseau. Cette manœuvre est essentielle. On pourra alors faire doucement l'injection anesthésiante.

La solution anesthésiante employée par Messieurs Savy et Thiers était une solution de scurocaine à 1 pour cent qui leur a donné d'excellents résultats. La quantité à injecter doit être environ de 20 centimètres cubes pour chaque nerf. Il n'a y pas intérêt à dépasser en tout 125 centimètres cubes.

Technique de la Ramisection :

Le sujet est en décubitus ventral, le thorax reposant sur un coussin qui fait bomber la région dorsale.

Premier temps : Incision verticale à deux travers de doigt de la ligne épineuse, à une hauteur variable suivant les espaces qu'on se propose d'atteindre et dépassant ceux-ci en haut et en bas d'environ 5 centimètres .

L'incision intéresse les téguments, l'aponévrose et les muscles des gouttières. Elle est menée d'emblée jusqu'au plan osseux.

Les muscles des gouttières divisés sont écartés et détachés à la région de leur insertion sur le plan osseux, de part et d'autre de l'incision, afin que le squelette soit bien découvert jusqu'aux apophyses articulaires en dedans jusqu'à trois centimètres environ au-delà des tubérosités costales en dehors.

L'hémostase est obtenue par un tamponnement momentané et complété par quelques ligatures.

Deuxième temps : Résection des apophyses transverses.

Les apophyses transverses sont isolées à la rugine sur leurs bords supérieur et inférieur. Le tranchant de la rugine ou du bistouri passant dans l'interligne costo-transversaire les sépare des tubérosité costales.

Elles sont alors détachées au ciseau, de la colonne, au ras de l'apophyse articulaire.

Troisième temps : Recherche du nerf intercostal.

On aborde alors, l'un après l'autre, les espaces intercostaux. En dehors des tubérosités costales, exactement au milieu de l'espace, le bistouri sectionne, parallèlement à lui, les parties molles constituant sa paroi postérieure (surcostal et faisceaux postérieurs de l'intercostal externe).

Si l'on a soin de se tenir à égale distance des côtes sus et sous-jacentes, on tombe directement sur le nerf. Il est bon de se souvenir qu'en ce point, l'intercostal interne n'existe pas. Le nerf repose directement sur la plèvre doublée du fascia endothoracique ; il faut éviter de la blesser.

Plus en-dedans, la plèvre se réfléchissant en avant s'éloigne du champ opératoire, ce qui facilite les manœuvres ultérieures.

Dès que le nerf est découvert, il est chargé sur un crochet mousse qui l'attire en arrière.

Quatrième temps : Recherche des rameaux communicants.

Le nerf intercostal est dès lors suivi en dehors et en dedans. En le libérant de proche en proche, et en l'attirant fortement en arrière et en haut, on découvre ses rameaux communicants inférieurs tendus et facilement reconnaissables à leur direction. Ils sont sectionnés. Le nerf est alors attiré en arrière et en bas de la même façon on découvre et on sectionne, s'ils existent, les rameaux communicants supérieurs inconstants.

Résultats

La ramisection vaut surtout par la simplicité de sa technique et par sa précision.

Si nous ajoutons à cela la bénignité des suites opératoires, nous pourrions dire que le praticien, en présence d'un malade atteint de crises gastriques tabétiques graves, peut toujours envisager le recours à cette intervention.

Sur les trois observations que nous rapportons, on ne note pas un seul accident. Des deux malades de Verbrugge et Van Bogaert, le premier est mort trois semaines après l'intervention. Mais il s'agissait d'un malade qui était déjà très cachectique avant l'intervention et pour qui on avait attendu longtemps, avant d'en poser l'indication.

Evidemment, tous les cas ne sont pas suivis de succès, cependant, presque toujours, on observe de très réelles améliorations et au moins une suspension de crises pendant un laps de temps plus ou moins long. Si l'on songe que ce temps libre peut être utilisé pour tenter à nouveau un traitement médical spécifique, ou pour le reprendre s'il a été interrompu, on peut

espérer d'ores et déjà que la ramisection dorsale rendra aux tabétiques plus d'un service.

Nos observations sont encore trop peu nombreuses, et surtout elles portent sur des délais trop courts, pour permettre des conclusions catégoriques. Il est certain pourtant qu'au prix d'une intervention simplement effectuée sous anesthésie locale, sans délabrements excessifs, sans séquelles gênantes, elle peut prétendre à soulager.

Conclusions

I. — La fréquence des échecs dans le traitement médical des crises gastriques du tabés et le souci d'éviter la morphinomanie ont conduit à essayer dans les formes graves, les ressources du traitement chirurgical.

II. — Parmi les très nombreuses méthodes chirurgicales utilisées, la ramisection dorsale mérite de prendre une place dont l'avenir précisera l'importance.

III. — Elle a le mérite de constituer une intervention bénigne et dont la technique est actuellement bien fixée.

IV. — Elle peut être précédée avec avantages d'injections anesthésiantes paravertébrales qui permettront de préciser la topographie des rameaux communicants dont la section s'impose.

V. — Les trois observations que nous rapportons comportent deux succès, dont l'un paraît durable, et un échec.

VI. — La ramisection dorsale réalise au maximum l'interruption des voies sympathiques assurant l'innervation gastrique. Elle s'adressera plus particulièrement au traitement des crises dont la nature sympathique pourra être suspectée ou affirmée.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
SAVY.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 3 Juin 1928.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- R. FONTAINE. — Sur la douleur et son traitement (*Gazette des Hôpitaux*, 1927, n° 71, page 1169).
- FORGUE. — La douleur des viscères (*Revue générale Gazette des Hôpitaux*, 1926, n° 89, page 1461).
- A.-C. GUILLAUME. — Le sympathique et les systèmes associés.
- HOVELACQUE. — Les rameaux communicants.
- JEAN. — Essai sur la chirurgie des crises gastriques du tabès (*Lyon Chirurgical*, mai-juin 1921, page 339).
- LÉRICHE et CADE. — Compte rendu du Congrès français de chirurgie. Séance du 8 octobre 1912.
- LÉRICHE et COTTE. — L'opération de Foërster dans le traitement des crises gastriques du tabès. (*Journal de Chirurgie*, mai 1911, t. VI, n° 2, page 469).
- PAUCHET et SORDAT. — L'anesthésie régionale.
- MAZADE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des crises gastriques du tabès. (*Thèse de Lyon*, 1911-1912, n° 108).
- G. PIERI. — Contributi clinici alla chirurgia del systemo nervoso vegetativo (*Arch. ital. chirurgic.* XX 1928).
- SAVY et THIERS. — Sur un traitement palliatif de la crise gastrique tabétique (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 août 1928, page 439).
- VERBRUGGE et VAN BOGAERT. — Deux cas de neurorami-sectomie pour crises gastriques du tabès (*Lyon Chirurgical*, 1927-1929, n° 1, page 32).

P. WERTHEIMER. — L'innervation et l'énervation gastrique. Etude anatomique expérimentale et clinique (*Thèse de Lyon, 1922*).

WERTHEIMER et BONNIOT. — Chirurgie du tonus musculaire. La Section des rameaux communicants.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Rappel anatomique	9
Historique	13
La ramisection dorsale	19
Observations	23
Technique	29
Résultats	33
Conclusions	35
Bibliographie	37



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



